

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1956

THÈSE

N° 57

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Jean, Auguste, André FERON**

Né le 31 Mars 1929 à CHERBOURG (Manche)

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

**L'ANOREXIE MENTALE**

*Position actuelle du problème*

---

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

---

**D. P. TAIB**

8, Rue Casimir - Delavigne

PARIS - VI<sup>e</sup>

1956

---



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean, Auguste, André F E R O N

Né le 31 mars 1929 à Cherbourg (Manche)

--:-

Présentée et soutenue publiquement  
le

--:-

L' ANOREXIE MENTALE

Position actuelle du problème

--:-

Président : Monsieur PIEDELIEVRE (Professeur)

--:-

D.P. TAIB  
8, rue Casimir Delavigne  
PARIS  
1956.



# DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, DELBET, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET  
Membre de l'Institut  
ASSESEUR ..... Jean VERNE

## I.- PROFESSEURS

MM.

|                                                                      |                        |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Anatomie .....                                                       | CORDIER                |
| Anatomie pathologique .....                                          | DELARUE                |
| Bactériologie .....                                                  | GASTINEL               |
| Biologie appliquée à l'Educa-<br>tion physique et aux Sports } ..... | CHAILLET-BERT          |
| Biologie Médicale .....                                              | VERNE                  |
| Cancérologie médicale, sociale .....                                 |                        |
| Carcinologie .....                                                   | OBERLING               |
| Chimie Médicale .....                                                |                        |
| Hôtel-Dieu .....                                                     | BROCQ                  |
| Cliniques Chirur. Broussais .....                                    | G. d'ALLAINES          |
| Salpêtrière .....                                                    | MONDOR                 |
| Cochin .....                                                         | QUENU                  |
| Clinique chirurgicale répara-<br>trice et orthopédique } .....       | { MERLE d'AU-<br>BIGNÉ |
| Clinique de Cardiologie .....                                        | MOUQUIN                |
| Clinique Chirurgicale infan-<br>tile et d'orthopédie } .....         | { FEVRE                |
| Clinique chir. pleuro-pulmon. ....                                   | MONOD                  |
| Clinique de la Tuberculose .....                                     | BERNARD                |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                    | { PETIT-<br>DUTAILLIS  |
| Clinique de Puériculture .....                                       | LELONG                 |
| Clinique des maladies cutanées<br>et syphilitiques } .....           | { DEGOS                |
| Clinique des maladies du sang .....                                  | CHEVALLIER             |
| Clinique des maladies du systè-<br>me nerveux } .....                | { ALAJOUANINE          |
| Clinique des maladies des enf. ....                                  | DEBRE                  |
| Clinique des maladies infect. ....                                   | MOLLARET               |

|                                                                  |               |
|------------------------------------------------------------------|---------------|
| Clinique des maladies mentales }<br>et de l'encéphale }          | DELAY.        |
| Clinique du diabète sucré et des }<br>maladies de la nutrition } | BOULIN        |
| Clinique Gynécologique .....                                     | F. BRENTANO   |
|                                                                  | (BENARD       |
|                                                                  | (LAROCHÉ      |
| Cliniques Médicales .....                                        | MOREAU        |
|                                                                  | (de GENNES    |
| Clinique méd.hydro-climat.thér. ....                             | J. BESANÇON   |
| Clinique médicale propédeutique .....                            | PASTEUR V.-R. |
|                                                                  | (LANTUEJOUL   |
| Cliniques obstétricales .....                                    | LEVY-SOLAL    |
|                                                                  | (LACOMME      |
| Clinique Ophtalmologique .....                                   | VELTER        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                          | AUBIN         |
| Clinique psychiatrique infantile .....                           | HEUYER        |
| Clinique rhumatologique .....                                    | COSTE         |
| Clinique stomatologique .....                                    | DECHAUME      |
| Clinique urologique .....                                        | FEY           |
| Embryologie .....                                                | GIROUD        |
| Génétique .....                                                  | LAMY          |
| Histoire de la Méd.et de la Chir. ....                           | N...          |
| Histologie .....                                                 | CHAMPY        |
| Hygiène et Clinique lère Enfance .....                           | CATHALA       |
| Hygiène et Méd. préventive .....                                 | JOANNON       |
| Médecine du Travail .....                                        | DESOILLE      |
| Médecine légale .....                                            | PIEDELIEVRE   |
| Parasitologie et hist.nat. méd. ....                             | GALLIARD      |
| Pathologie chirurgicale .....                                    | MENEGAUX      |
| Pathologie exotique .....                                        | LAVIER        |
| Path. expérimentale et comparée .....                            | LENEGRE       |
| Path. Hum. et Immun. exp. ....                                   | MERKLEN       |
| Pathologie médicale .....                                        | BARIETY       |
| Path. et Thérapeut. générales .....                              | GARCIN        |
| Pédiatrie sociale .....                                          | Julien MARIE  |
| Pharmacologie et matière méd. ....                               | HAZARD        |
| Physico-chimie méd. (ch.t.pers.) .....                           | DOGNON        |
| Physiologie .....                                                | BINET         |
| Physique médicale .....                                          | STROHL        |
| Problèmes alimentaires(c. t.pers.) .....                         | RICHET        |
| Radiologie médicale .....                                        | DESGREZ       |
| Technique chirurgicale .....                                     | MOULONGUET    |
| Thérapeutique .....                                              | TURPIN        |
| Thérapeutique chirurgicale .....                                 | SENÈQUE       |
| Thérapeutique médicale .....                                     | LEMAIRE       |

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE  
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

| MM.                                 |                                                     | MM.                      |                                                                                                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie                            | (N..<br>DEBEYRE<br>DELMAS<br>Melle GAU-<br>THIER-V. | Pat.chirur.              | (HUGUIER<br>LAURENCE<br>LEGER<br>LORTAT-JACOB<br>OLIVIER<br>PADOVANI<br>POILLEUX<br>ROUX<br>RUDLER<br>VERNE |
| Ana. Path.                          | (BUSSER<br>GOUYGOU                                  |                          |                                                                                                             |
| Bactériologie                       | (FASQUELLE<br>NEVOT                                 |                          |                                                                                                             |
| Biol.méd.                           | (BOURLIERE<br>ETTORI                                | Pat.expéri-<br>mentale   |                                                                                                             |
| Chimie méd.                         | (JAYLE<br>SCHAPIRA                                  |                          |                                                                                                             |
| Dermato-sy-<br>phlographie          | (DUPERRAT<br>BULLIARD                               |                          | (BERNARD<br>BOUDIN<br>CASTAIGNE<br>CONTE<br>DECOURT<br>DOMART<br>DREYFUS<br>FAUVERT                         |
| Histologie                          | (COUJARD<br>N..<br>DEBRAY                           |                          |                                                                                                             |
| Hydrologie                          | (BOYER<br>DEPARIS                                   | Pat.médicale             | HAMBURGER                                                                                                   |
| Médecine)<br>légale et<br>du Trav.) | (DEROBERT<br>GAULTIER<br>HADENGUE                   |                          | (KOURILSKY<br>LAMOTTE<br>LAROCHE<br>MILLIEZ<br>PEQUIGNOT<br>PERRAULT<br>RAMBERT<br>THIEFFRY<br>TURIAT       |
| Neurochir.                          | DAVID                                               |                          |                                                                                                             |
| Neurologie                          | (de SEZE<br>GRASSET<br>LEPAGE<br>MAYER              |                          |                                                                                                             |
| Obstétrique                         | (MERGER<br>MORIN<br>RAVINA<br>VARANGOT              | Pédiatrie                | (JOSEPH<br>LAPLANE<br>N...                                                                                  |
| Ophtalmo-<br>logie                  | (OFFRET<br>DESVIGNES                                | Pharmacologie            | (Melle LEVY<br>CHEYMOL                                                                                      |
| Orthopédie                          | JUDET                                               | Physiologie              | (BARGETON<br>PARROT                                                                                         |
| Oto-rhino-<br>laryngo               | (HALPHEN<br>AUBRY<br>MADURO                         | Physique<br>médicale     | (DJOURNO<br>GOUGEROT                                                                                        |
| Parasito.                           | BRUMPT                                              | Pneumo-<br>phtisiol.     | (KREIS                                                                                                      |
| Parasito.<br>colon.                 | (CHABAUD<br>ABOULKER                                | Psychiatrie              | BARUK                                                                                                       |
| Pat. chir.                          | (BAUMANN<br>GOSSET                                  | Psychiatrie<br>infantile | (MICH AUX                                                                                                   |

|               |              |                    |          |
|---------------|--------------|--------------------|----------|
|               | MM           |                    | MM.      |
| Stomato.....  | { CHAPUT Mme | Thérapeutique..... | PERRAULT |
|               | { CERNEA     | (chargé de l'ens.) |          |
| Urologie..... | KUSS         |                    |          |

III.- PROFESSEURS HONORAIRES  
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE  
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (Clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique), VAUDÉS-CAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET  
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
A TITRE PERMANENT.

|                 |            |                |             |
|-----------------|------------|----------------|-------------|
|                 | MM         |                | MM          |
| Clinique).....  | { AMELINE  | Clinique)..... | { BROUET    |
| chirur.).....   | { PATEL    | médicale)..... | { HAGUENEAU |
|                 | { SICARD   |                | { MARCHAL   |
| Clinique).....  | ECALLE     |                | { SOULIE    |
| obstét.).....   |            |                |             |
| Clinique )..... | RENARD     |                |             |
| ophtal. ).....  |            |                |             |
| Urologie.....   | COUVELAIRE |                |             |

--:-

|                               |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| Secrétaire de la Faculté..... | M. MOREL          |
| Secrétaire-Adjoint.....       | Melle CHAINTREUIL |

--:-

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| Bibliothécaire en Chef..... | Dr HAHN           |
| Conservateur.....           | Melle GOICHON     |
|                             | { Melles DUMAITRE |
| Bibliothécaires.....        | { LE NOIR         |
|                             | { METIN           |
|                             | { QUIEVREUX       |

--:-

Par délibération en date du 9 décembre 1798  
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans  
les dissertations qui lui seront présentées,  
doivent être considérées comme propres à leurs  
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune  
approbation ni improbation.

--:-

A ma Femme,

A mes Parents.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur PIEDELIÈVRE,  
Professeur de Médecine Légale à la  
Faculté de Médecine de Paris,  
Membre de l'Académie Nationale de  
Médecine,  
Président de l'Ordre National des  
Médecins,  
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand  
honneur d'accepter la pré-  
sidence de cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expres-  
sion de notre respectueuse  
gratitude.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine  
et des Hôpitaux de Caen.

## L'ANOREXIE MENTALE

--:--

Position actuelle du problème

--:--



- I -

INTRODUCTION

-:-

Très étudiée sous ses divers aspects ces dernières années, l'anorexie mentale est devenue une affection au moins aussi endocrinologique que psychique ; elle a sans doute bénéficié, dans l'étude de sa nosologie, de la tendance actuelle qui précisément abolit les frontières entre les diverses spécialités, ce qui sur le plan pratique trouve chaque jour de nouvelles vérifications.

L'anorexie est la perte ou la diminution de l'appétit. L'anorexie mentale, ou "hystérique" a été décrite par LASEGUE comme :

- "une anorexie consécutive à une restriction volontaire de l'alimentation. On l'observe surtout chez des jeunes filles qui cherchent à se faire maigrir. L'anorexie mentale s'accompagne souvent de tendances égocentristes et parfois de légers troubles démentiels".

Depuis cette description princps, anorexie hystérique, anorexie mentale (l'expression étant due à HUCHARD), l'affection a été très diversement identifiée pendant

un demi-siècle. Jusqu'au début du siècle, écrivait récemment J. DECOURT, il ne faisait en effet de doute pour personne que l'anorexie mentale eut pour origine un dérèglement psychique. Le refus obstiné de s'alimenter sous des prétextes d'ailleurs variables d'un cas à l'autre, commandait à lui seul les désordres organiques profonds que l'on attribuait à l'état d'ina-nition intense atteint par ces malades. L'anorexie mentale pouvait connaître une évolution fatale. Cependant les succès thérapeutiques confirmaient cette conception, puisque l'isolement, la persuasion permet-taient de reprendre l'alimentation et de rétablir la malade.

Puis vint, en 1914, la description de la maladie de SIMMONDS, la cachexie hypophy-saire. On eut alors tendance à confondre maladie de Simmonds et anorexie mentale. Et pour celle-ci, renonçant à l'origine obligatoirement psychique, on en vint à admettre que nombre de cachexies aménorrhé-iques de la jeune fille étaient attribuables à une altération primitive, anatomique, de l'hypophyse. Par contre, les neuropsychia-tres avertis continuaient à placer ces cachexies aménorrhéiques dans le cadre des anorexies mentales et à les guérir par les traitements psychiatriques clas-siques. "Les endocrinologistes, en dépit de quelques succès de signification dis-cutable, les laissaient bien souvent évo-luer vers la mort" (J. DECOURT).

Ce sont certainement les récentes acqui-sitions faites dans le domaine de la méde-cine psychosomatique, et aussi dans celui des interrelations entre endocrinologie et psychiatrie, qui ont permis de mieux comprendre la nature de ces anorexies et,

corollairement, de leur appliquer un traitement plus régulièrement efficace.

Nous verrons plus loin que les constatations cliniques, biologiques, endocriniennes, faites chez un malade atteint d'anorexie mentale, écartent au moins dans une certaine mesure l'idée d'une psychose pure.

En ce qui concerne les travaux de ces dernières années, ils sont dominés, en France, par les recherches de J. DECOURT, d'abord sur les rapports de l'anorexie mentale et de la cachexie dite hypophysaire ; ensuite, sur l'apparition de l'aménorrhée, dans l'anorexie mentale des jeunes filles (1950) ; enfin, sur le syndrome biologique et chimique de cette affection.

LAFON et BILLET, en 1950, ont rapporté l'anorexie essentielle des jeunes filles à une encéphalopathie atrophiante souvent méconnue.

De 1951 date sans doute le premier essai thérapeutique de l'anorexie mentale, l'anorexie "nerveuse" des Anglo-saxons, avec l'A.C.T.H. On sait que les malades soumis au traitement par la cortisone ou par l'A.C.T.H. connaissent en effet un accroissement de leur appétit. GREENBLATT apporta ses résultats tandis que deux ans plus tard, en 1953 par conséquent, ALTSCHULE explorait la fonction corticosurrénale des malades atteints d'anorexie mentale et ultérieurement traités par lobotomie préfrontale.

C'est en 1951 que DECOURT, revenant sur les interrelations psycho-endocriniennes de l'anorexie mentale, en faisait une "cachexie psycho-endocrinienne".

BOULET et ses collaborateurs décrivirent, la même année 1951, une anorexie mentale d'ailleurs réversible, s'accompagnant d'abord d'hydropisie ventriculaire, ensuite d'hypopituitarisme : l'origine centrale, mais aussi endocrinienne, de la maladie, étant une fois de plus prouvée.

PERLOFF, en 1954, devait de son côté étudier les rapports entre l'état de jeûne et l'hypopituitarisme fonctionnel.

ROSSIER et ses collaborateurs en 1955, ont montré le comportement de l'alcalose de jeûne telle qu'elle apparaît dans l'anorexie mentale, associée à l'hypotassémie.

Tout récemment, KLOTZ et LUMBROSO, étudiant la clinique, la pathogénie et le traitement de l'anorexie mentale, ont proposé la notion d'abiorexie, sur laquelle nous reviendrons plus loin, et qui implique l'idée d'une perte de désir pour maintes activités chez les femmes atteintes de ce syndrome.

Nous avons vu que les malades sous cortisone présentaient un appétit accru ; il en est de même au cours des traitements par Isoniazide. Aussi a-t-on pensé que ce dernier était utilisable dans le traitement de l'anorexie mentale. J. WEILL et collaborateurs, ROUX chez le nourrisson, ont récemment rapporté le résultat de leurs expériences cliniques.

Citons enfin le travail de PAREIRA et collaborateurs sur les résultats de l'alimentation à la sonde dans le traitement d'anorexies de causes organiques diverses.

Les travaux récents consacrés à l'anorexie mentale sont donc nombreux et surtout substantiels ; ils apportent des faits concrets, et des interprétations nouvelles. Sachant combien cette notion de perte de l'appétit se rencontre fréquemment en clinique, et combien aussi il peut être difficile de lui trouver sa véritable cause, et le traitement approprié et efficace, nous avons décidé, au seuil de notre carrière médicale, de consacrer notre thèse au problème de l'anorexie mentale tel qu'il se pose à la lumière des acquisitions récentes.

Tout d'abord, nous chercherons à définir des termes usuels, mais cependant appliqués souvent sans discernement : faim et appétit, boulimie et anorexie.

Nous passerons alors à l'étude du syndrome bioclinique de l'anorexie mentale, avec ses diverses expressions biochimiques, mais aussi organiques et fonctionnelles et, avant tout, endocriniennes.

Ces éléments seront suivis d'un exposé de thérapeutiques nouvelles basées précisément sur ces conceptions pathogéniques psycho-endocriniennes, et parmi lesquelles l'INH et la cortisone occupent une place assez inattendue.

- II -

FAIM ET APPÉTIT -  
BOULIMIE ET ANOREXIE

:-:-

L'anorexie est un refus des aliments, par manque d'appétit. Mais qu'est-ce que l'appétit ? et avant tout, qu'est-ce que la faim ?

D'après les auteurs récents, la faim est une sensation purement gastrique, due aux violentes contractions péristaltiques de l'estomac lorsque celui-ci est vide, ou presque vide. Ces contractions peuvent entraîner une sensation de malaise, et même une certaine douleur. La sensation normale de faim est actuellement considérée comme purement locale, originaire de la région gastrique, et non directement dépendante, comme on l'a longtemps admis, de l'état du chimisme sanguin ou d'un état particulier des tissus de l'ensemble du corps. Pour BEST, la faim n'est pas due à un état organique général pour les raisons suivantes :

- le remplissage de l'estomac avec une substance ne possédant qu'une faible valeur alimentaire ou même absolument inassimilable, atténuée puis supprime les contractions caractéristiques de l'estomac

vide, les crampes de la faim, et peut même créer un état de satisfaction ;

- la sensation de faim apparaît alors que l'intestin est encore rempli d'aliments non absorbés ;

- enfin, dans les états de jeûne prolongé, la sensation de faim s'atténue d'elle-même, sans avoir été satisfaite.

Pour KEETON également, la faim est associée à des contractions rythmiques toniques de l'estomac, atteignant parfois un degré de tétanie. Ces contractions apparaissent dès la naissance chez le nouveau-né ; elles se renouvellent après chaque tétée lorsque l'estomac s'évacue. Elles persistent après la vagotomie, bien que d'intensité moindre ; elles sont augmentées par les incitations venues du système nerveux central et elles-mêmes provoquées par l'hypoglycémie. La faim persiste, aussi importante, chez le rat vagotomisé et dont les splanchniques sont bloqués par alcoolisation. Les contractions enfin persistent dans le jeûne, alors que la sensation de faim diminue après les premiers jours : ce qui a été expliqué au moins en partie par la régurgitation du contenu duodénal qui diminue ou abolit les contractions gastriques.

Sous une forme ou une autre, la faim persiste normalement aussi longtemps que la vie est maintenue. Si un gastrectomisé n'éprouve plus les crampes de la faim telles qu'il les ressentait avec un estomac intact, il continue néanmoins à éprouver le désir de s'alimenter, et éprouve une impression de viduité abdominale. Ainsi, l'on admet généralement que dans les condi-

tions normales, le stimulus effectif pour la faim est les contractions gastriques. L'absence de celles-ci ou le blocage des impulsions nerveuses qui en partent ne privent cependant pas le sujet du désir de s'alimenter, et leur présence n'assure pas nécessairement la sensation de faim. Pour KEETON par conséquent, les contractions gastriques ne peuvent être considérées comme un stimulus obligé pour la sensation de faim.

Les enfants anencéphaliques ont une perception du goût qui les fait rejeter les solutions amères et acides et accepter et déglutir les solutions sucrées. Les pigeons décérébrés s'agitent dans leur cage lorsque leur mangeoire est vide, se calment lorsqu'elle est remplie. Pour certains auteurs, il semble donc bien qu'il existe des centres réflexes intervenant dans l'acquisition de la nourriture, et siégeant dans la région sous-corticale. On connaît les rapports entre lésions hypothalamiques et obésité, ce qui dans des expériences sur l'animal, a nettement été dû à une hyperphagie.

ANAND et BROBECK ont décrit un centre de l'alimentation à la partie latérale extrême de l'hypothalamus latéral, au même niveau que le noyau ventromédian : la destruction bilatérale de cette région par électrolyse supprime le besoin de s'alimenter, et les rats ainsi traités meurent d'inanition. La destruction unilatérale de cette région permet une alimentation normale. Il semble probable que des deux centres décrits, le centre de l'alimentation exerce un contrôle de base sur l'ingestion d'aliments et que son activité est réglée par le centre hyperpha-

gique. Ces deux centres avec leurs projections réflexes, constitueraient le mécanisme primaire pour l'acquisition de nourriture. Leur activité provoquerait et dirigerait les réponses motrices qui constituent la sensation de faim. Celle-ci débute fonctionnellement parlant dès la naissance, et vient s'intégrer avec d'autres mécanismes hypothalamiques qui contrôlent la défense, l'attaque, les états émotionnels. Elle devient progressivement plus efficace, et si elle n'est pas inhibée, elle devient de plus en plus âpre dans la recherche de la nourriture.

o  
o o

Qu'appelle-t-on appétit ?

Diverses formes de réflexes conditionnels, dans lesquelles le cerveau intervient au premier chef, provoquent des modifications de la sensation de faim. Pour KEETON, l'appétit doit être défini comme une modification du comportement du centre hypothalamique de la faim sous l'action de l'activité cérébrale. C'est selon lui le cerveau qui peut inhiber la vigueur "la fougue sauvage" avec lesquelles la nourriture est désirée, attaquée, dévorée. Cet aspect de la faim est largement adouci par l'éducation, les usages à table ; c'est encore le cerveau qui peut modifier le caractère et la composition des aliments. "La faim est considérée comme due à une tension biologique", qui entraîne l'organisme dès la vie néonatale vers l'activité. KLOTZ a donc raison de considérer l'anorexie comme une forme de l'abioréxie, un désintérêt des activités biologiques spontanées.

Cette tension oriente vers la prise d'aliments, qui précisément la soulage. Par la répétition des repas, il s'organise toute une série de réflexes qui permettent que la faim soit assouvie soit par des aliments de composition biochimique vraiment nourrissante, soit encore par des substances inertes qui simulent l'aliment. Les psychiatres nous enseignent que la définition biochimique hypothalamique des aliments a été très étendue par l'intervention du cerveau. Dès le premier âge de la vie, le protocole du repas, les soins, les paroles, prennent vite autant d'importance que le lait lui-même. Pour certains auteurs, la faim du nourrisson ne serait pas assouvie uniquement par le lait - et inversement.

Ainsi, le mécanisme physiologique intervenant dans l'acquisition de la nourriture relève d'un équilibre dynamique avec le rejet de celle-ci par les vomissements. Dans les conditions normales, le mécanisme de l'acquisition prédomine mais s'il est inhibé pour une quelconque raison, il est remplacé par le rejet des aliments. Le mécanisme du vomissement est toujours dans un état de pré-activité qui ne demande qu'à entrer en jeu. Du point de vue biologique, c'est un moyen de défense contre les substances nocives susceptibles d'être ingérées.

Pour améliorer un appétit insuffisant, on dispose donc de trois moyens :

- par des mesures physiologiques, renforcer les impulsions afférentes provenant des zones somatiques : voie gastro-intestinale, muscles.

- par des mesures psychothérapiques; remplacer les impulsions cérébrales inhibitrices par des impulsions cérébrales agissantes et plus fortes ;

- enfin, abolir les impulsions inhibitrices.

Ainsi, bien des auteurs admettent la participation cérébrale et hypothalamique à la sensation de faim et d'appétit. D'autres admettent qu'il s'agit d'un phénomène de nature complexe et de localisation vague, de définition difficile : certains sujets situent leur sensation d'appétit au niveau du pharynx, d'autres, de l'oesophage, d'autres enfin, de l'estomac. Comme la sensation de faim, BEST pense que l'appétit n'est pas congénital, mais acquis et qu'il intervient dans sa réalisation des réflexes conditionnels. Un nouveau-né doit pour lui ressentir la faim, et non l'appétit. Mais un élément gastrique doit certainement intervenir dans l'appétit, puisque par exemple l'alcool, en stimulant la muqueuse gastrique provoque une sensation de chaleur intragastrique, augmente le tonus gastrique et entraîne la sensation d'appétit. C'est une action en tous points semblable à celle de l'acide chlorhydrique (CARLSON) et la sécrétion de l'acide gastrique provoquée par le goût et l'odeur des aliments peut également servir à augmenter l'appétit au début de la digestion. On sait que l'appétit augmente souvent largement après les premières bouchées, justifiant l'adage : l'appétit vient en mangeant. S'il est difficile d'exclure l'effet produit par le goût de l'aliment, on ne peut pas davantage négliger un élément purement gastrique.

Quant à la boulimie, elle représente un appétit accru entraînant la consommation de très grandes quantités de nourriture. Si l'hyperinsulinisme et l'hypoglycémie qu'il entraîne peuvent en être responsables, plus souvent il s'agit d'états psychopathiques, ce qui souligne une fois encore, si besoin en était, la participation des centres supérieurs dans les activités normales et pathologiques de la faim et de l'appétit. La boulimie peut accompagner des états mentaux, des tumeurs du cerveau, de siège frontal, ou hypothalamique. Il est possible de la trouver associée à l'hypersomnie et aux manifestations psychiatriques (syndrome de Kleine-Levin). Un syndrome analogue a pu être expérimentalement provoqué chez l'animal par des lésions frontales ou hypothalamiques. En clinique humaine, on l'a vu apparaître dans les suites d'une maladie infectieuse.

Revenons maintenant à l'anorexie, dont l'origine apparaît, à la lumière de ce qui précède, comme devant être certainement complexe.

- III -

LE SYNDROME BIOCLINIQUE  
DE L'ANOREXIE MENTALE.

-: -

L'anorexie mentale, qui, disons le tout de suite, n'apparaît pas comme une psychose, mais plutôt comme une névrose, comporte un refus progressif de s'alimenter, un amaigrissement rapide, la disparition des règles.

L'aménorrhée est précoce, elle peut même être initiale et par conséquent n'est pas secondaire à l'inanition. Le dérèglement psychique comporte d'emblée un retentissement neuro-végétatif et hormonal (DECOURT); il y a d'emblée aussi intrication de facteurs psychiques et de facteurs somatiques. Les manifestations digestives subjectives d'ailleurs, décrites par les malades qui y voient la justification du refus de s'alimenter, sont réelles, mais fonctionnelles, neuro-végétatives, elles aussi.

Lorsque la malade atteint le stade de la cachexie, des troubles organiques profonds vont rapidement s'installer. Nous allons trouver :

- des perturbations humorales ;
- des perturbations hormonales ;

Parmi les premières, il faut citer l'hypoprotidémie, des troubles du transit de l'eau, des oedèmes ; une glycémie parfois abaissée, avec sensibilité excessive à l'insuline ; un certain degré d'hypercholestérolémie malgré l'extrême maigreur.

L'anorexie mentale grave s'accompagne d'une alcalose plus ou moins compensée par l'hypoventilation et la rétention du  $\text{CO}_2$  ; dans les formes bénignes, le pH du sang artériel reste dans les limites normales.

L'hypopotassémie paraît fréquente (6 fois sur 7 dans la série de ROSSIER) dans les formes graves. Parfois le taux en est extrêmement bas, jusque 7 mg pour 100 cc, avec retentissement sur les tracés électrocardiographiques. Chez ces malades, on trouve en outre des taux potassiques bas au niveau des globules rouges, dans les urines.

Le sodium reste à des chiffres normaux dans le sérum sanguin des anorexiques ; il peut même être légèrement augmenté. En cas d'alcalose intense, les chlorures sériques sont abaissés.

On expliquera l'alcalose et l'hypopotassémie par la sous-alimentation prolongée provoquée par l'anorexie. Ce qui s'oppose avec l'acidose observée dans des jeûnes de courte durée. Un bilan potassique négatif prolongé semble être la cause de l'hypopotassémie et de la réduction du potassium intracellulaire. Dans la sous-alimentation chronique, le rein devient incapable de maintenir un équilibre potassique sérique. L'alcalose est donc d'origine métabolique, et peut également relever d'un échange tubulaire entre ions sodium et ions hydrogène. L'alcalose associée à l'hypopotassé-

mie chez les anorexiques n'a pas qu'un intérêt théorique ; il doit aussi en être tenu compte lors du traitement de ces malades.

°  
° °

En ce qui concerne les anomalies hormonales, le dérèglement pluriglandulaire apparaît au niveau des différentes sphères. Les frottis vaginaux, les dosages des stéroïdes urinaires, révèlent l'inactivité ovarienne. Après une puberté normale, les règles se sont installées jusqu'à l'apparition de l'anorexie mentale. Avec elle apparaît l'aménorrhée, et une formule hormonale voisine de celle des enfants impubères. Et cependant, la folliculostimuline persiste dans l'urine, les 17-cétostéroïdes urinaires sont normaux, voire augmentés, ce qui traduit la persistance de l'activité hypophysaire au moins à un degré réduit, et d'un fonctionnement corticosurrénal conservé, voire parfois accru. Lorsque l'anorexie est assez prolongée pour entraîner une cachexie profonde, on voit l'activité corticosurrénale et la folliculostimuline s'effondrer à leur tour, ce qui réalise la cachexie hypophysaire de Simmonds, tout en continuant à en différer par l'absence de lésion organique primitive de l'hypophyse. De plus, l'insuffisance hypophysaire primitive peut fort bien ne pas s'accompagner de l'amaigrissement obligé dans l'anorexie mentale.

On a particulièrement étudié, ces dernières années, le comportement du cortex surrénal chez les anorexiques. Le test de Thorn chez ces malades a pu provoquer une chute des éosinophiles circulants de

75 %, une injection intra-musculaire d'adrénaline a fait tomber ce chiffre de 55 % en quatre heures. Tout se passe comme si l'activité corticosurrénalienne n'était pas diminuée dans l'anorexie mentale. La lobotomie thérapeutique effectuée pour lutter contre une anorexie rebelle a entraîné une grosse amélioration clinique sans modifier l'élimination urinaire des 17-cétostéroïdes.

PERLOFF a pu comparer l'hypopituitarisme de jeûne et l'hypopituitarisme de l'anorexie mentale. Il a constaté que le jeûne prolongé entraîne un hypopituitarisme fonctionnel qui se distingue de la cachexie hypophysaire due à des lésions organiques du lobe anté-hypophysaire par son caractère réversible. Chez une anorexique, des épreuves ont donné les résultats suivants:

- fixation de l'iode radio-actif : 13 , après reprise de l'alimentation : 27 (moyennes normales : 10-40) ;
- métabolisme basal : dans l'anorexie : -7, après reprise alimentaire : +12 (moyennes de -15 à +15) ;
- cholestérol sérique : 120 en anorexie, 180 à la reprise alimentaire (moyennes : 150- 300) ;
- 17-cétostéroïdes urinaires : en anorexie: 2,8, à la reprise alimentaire : 8,5 mg (moyenne : 6-15) ;
- corticoïdes : 0,3 en anorexie, 0,8 à la reprise de l'alimentation (moyennes : 6-15) ;
- oestrogènes : (unités souris) 0 en anorexie, 27 à la reprise alimentaire (moyennes : 13-133) ;

- gonadotrophines : traces en anorexie, 27 à la reprise alimentaire (moyennes de traces à 120) ;

La nature secondaire de l'hypopituitarisme est bien illustrée par une observation de P. BOULET :

- chez une anorexique mentale, on fait diverses explorations qui mettent en évidence :

- au stade initial de la maladie, une hydrocéphalie manifeste, sans réaction liquidienne et sans insuffisance pituitaire clinique et humorale ;

- en cours d'évolution, un hypopituitarisme global extériorisé par une insuffisance gonadique et un syndrome addisonien clinique et humoral.

La guérison clinique s'est accompagnée d'une régression de l'hydrocéphalie et d'une récupération des diverses stimulations hypophysaires. Ainsi, dans ce cas, les manifestations neurologiques, objectives, ont précédé la défaillance hormonale.

o o

Nous voudrions ajouter un mot sur les anorexies séniles apparues en dehors de toute affection pathologique, cancer, infection chronique, intoxication. Un syndrome fait d'anorexie, de glossite et de chéilite, c'est-à-dire de signes cardientiels, apparaît parfois chez des vieillards vivant seuls, et dont la ration

alimentaire est nettement déficitaire.

Il semble s'agir ici d'un trouble primitif de la régulation de l'appétit, associé certainement à divers facteurs médicaux, psychiques, sociologiques même, particuliers au grand âge. Toutes ces influences aboutissent à une réduction quantitative et qualitative des aliments consommés, avec un pronostic souvent défavorable.

- IV -

THERAPEUTIQUE

-:-

Pendant longtemps, le traitement de l'anorexie mentale reflétait les conceptions psychopathogéniques admises à l'origine de cette affection. L'isolement, la persuasion étaient à la base d'une psychothérapie sans doute utile, mais qui ne saurait à elle seule résumer tout le traitement. Il ne semble en effet pas prouvé, nous l'avons vu, que l'élément psychique soit primitif, les troubles somatiques, métaboliques, endocriniens, secondaires à la dénutrition. Les observations dans lesquelles l'aménorrhée est la première en date prouvent bien que le trouble endocrinien, ou, si l'on veut, psycho-endocrinien, est bien responsable du déclenchement des faits. Par la suite, en une sorte de cercle vicieux, s'associent et l'anorexie, et ses conséquences qui elles-mêmes aggravent encore le refus de s'alimenter.

Certes, le traitement d'un syndrome aussi complexe sera, lui aussi, complexe. Il faudra à la fois attaquer la cause du mal, et ses conséquences ; établir des mesures symptomatiques, et causales. Une fois remis en train, ce cercle vicieux

engrènera, mais cette fois dans le sens bénéfique des influences réciproques, psychiques et somatiques.

Le déséquilibre biochimique, le déséquilibre endocrinien seront rétablis, parfois l'alimentation à la sonde a remis en route les réflexes conditionnels de l'appétit et de la faim. Parfois encore, l'emploi de l'isoniazide, de l'ACTH et de la cortisone, a amorcé l'amélioration.

Nous avons vu que l'alcalose et l'hypopotassémie étaient des stigmates biologiques fréquents, voire constants, dans l'anorexie mentale. En cas de cachexie grave, de déshydratation profonde, on peut avoir recours aux infusions en goutte-à-goutte ; celles-ci permettront une élégante administration du chlorure de potassium, les solutions seront ainsi rendues isotoniques à une concentration de 15 ou 20 mg de chlorure de potassium par 100 cc. Une solution plus concentrée sera indiquée chaque fois que le taux de potassium sérique sera inférieur à 10 mg pour 100 cc.

PAREIRA et collaborateurs ont constaté que la sous-alimentation, la dénutrition liées aux affections cachectisantes, cancéreuses ou non, entraînaient elles-mêmes l'anorexie ; cette fois encore, il s'agit d'un cercle vicieux qu'il est évidemment très difficile de rompre. La cachexie s'aggrave avec le refus des aliments, et l'anorexie s'intensifie parallèlement à la cachexie. C'est pourquoi ces auteurs ont établi la composition d'une alimentation liquide à administrer à la sonde gastrique, apportant 3.500 calories, 210 g de protéines, 30 g de graisse et un mélange de minéraux et de vitamines ; le taux de sodium était de 1 g,8 ; l'eau était

prise à volonté. Tous les cas d'anorexie sévère ont obéi à ce traitement, avec chaque fois reprise pondérale, bilan azoté positif, augmentation des taux d'hémoglobine sanguine et de protides plasmatiques sans transfusions. Le goutte-à-goutte a été permanent, 24 heures sur 24, et prolongé parfois trois semaines. Il faut surtout noter, en ce qui nous concerne, que l'appétit est toujours revenu chez ces malades.

°  
° °

L'isoniazide a été utilisée à plusieurs reprises, en particulier dans l'anorexie du jeune enfant.

J. WEILL et ses collaborateurs ont traité une malade atteinte d'anorexie mentale par l'isoniazide administrée pendant un an. Ces auteurs vont chercher à vérifier ces résultats sur de grandes séries de malades. Dans le cas de succès, ils pensent que le traitement ambulatoire des malades anorexiques pourra ainsi être envisagé, l'isolement complet ne devenant nécessaire que dans les cas les plus graves.

Et même dans cette dernière éventualité, l'isoniazide, qui modifie l'action thymique, pourra être utilisée en tant qu'important adjuvant.

Ajoutons que chez la malade de J. WEILL, il existait des tendances schizoïdes déclenchées chez cette jeune fille par un conflit familial. On a procédé à l'isolement hospitalier et c'est alors que l'action de l'INH sur la courbe pondérale

s'est vérifiée, par comparaison avec les périodes où une substance inerte lui était substituée, afin d'éliminer tout facteur d'autosuggestion. Après la sortie du service et l'arrêt du traitement, une rechute s'est produite. L'isoniazide seule, en milieu familial, a été un traitement ambulatoire remarquable sur les troubles de la faim et du comportement. Le rôle de la suggestion avait été éliminé, nous l'avons dit, par l'administration préalable d'une substance inerte.

Il est possible que le médicament ait agi directement sur les noyaux hypothalamiques régulateurs de la faim et de l'humeur. Cette méthode ambulatoire relativement brève offre un gros intérêt, en particulier lorsqu'on tient compte de la difficulté que l'on a habituellement à faire admettre au début de ces anorexies l'isolement strict, condition jusqu'ici indispensable à toute thérapeutique efficace.

Cependant P. RAMBERT dit n'avoir pas obtenu de résultats appréciables, en particulier dans l'emploi de l'INH comme adjuvant. RAVINA n'a eu des succès qu'en cas de lésions tuberculeuses associées.

J.A. ROUX, lui, a utilisé l'isoniazide dans certaines anorexies du nourrisson. Ayant constaté une excitation de l'appétit chez l'enfant tuberculeux traité par l'INH, cet auteur a pensé pouvoir l'utiliser dans l'anorexie post-infectieuse du nourrisson. Sur douze cas ainsi traités, 10 ont répondu favorablement. Il s'agissait chaque fois de nourrissons non tuberculeux, indemnes de symptômes infectieux en dehors d'atteintes rhinopharyngées. Le médicament a été administré à la

dose de 10 mg par kilogramme pendant vingt à trente jours. L'appétit est toujours rétabli en trois à cinq jours. L'action sur le poids est nette après dix à quinze jours de traitement.

Dans le même ordre d'idées, et après avoir constaté une augmentation de l'appétit chez les malades traités par la cortisone et l'ACTH, des essais ont été faits avec cette hormonothérapie corticosurrénale et hypophysaire corticotrope pour surmonter l'anorexie mentale.

C'est par analogie avec la maladie de Simmonds que GREENBLATT et ses collaborateurs ont traité des anorexies mentales par la cortisone et l'ACTH. Ces auteurs reconnaissent d'ailleurs que s'il est souvent difficile de distinguer l'une de l'autre les deux affections, en réalité le syndrome de Simmonds est un panhypopituitarisme primitif entraînant l'arrêt du développement sexuel, l'aménorrhée ou l'hypogonadisme, l'hypothyroïdisme, l'insuffisance corticosurrénale ; l'anorexie mentale, elle, est un trouble psychique primitif débutant à la suite d'une crise émotionnelle, le déficit endocrinien, polyglandulaire, étant secondaire, peut-être à un blocage hypothalamico-hypophysaire, ou à la dénutrition.

Sur cinq malades traités, un seul n'a bénéficié ni de la cortisone, ni de l'ACTH, Sur trois malades traités par l'ACTH, deux ont été immédiatement améliorés. Un malade très amélioré par l'ACTH n'a pas bénéficié de la cortisone administrée ultérieurement. Deux autres malades traitées par la seule cortisone en ont tiré grand bénéfice.

En conclusion, écrit GREENBLATT, l'ACTH et la cortisone sont de précieux adjuvants à l'hormonothérapie substitutive pour assurer l'équilibre métabolique chez les malades atteintes d'anorexie mentale, jusqu'à ce qu'une réadaptation psychique ait été obtenue.

Après l'échec des thérapeutiques entreprises, ALTSCHULE a dû s'adresser à la lobotomie préfrontale partielle chez une jeune fille de 19 ans atteinte d'anorexie mentale. Le poids avait décliné jusqu'à 34 Kg 100. Deux mois après la lobotomie, il était remonté à 50 Kg. Cette reprise pondérale a été exclusivement due à l'augmentation de l'alimentation, en particulier les hydrates de carbone.

La lobotomie n'a pas nettement modifié le taux des éosinophiles dans le sang périphérique.

Le test de Thorn a donné avant l'intervention une chute éosinophilique de 75 % en quatre heures. Le taux des 17-cétostéroïdes urinaires excrétés a été de 2,6 mg/24 heures avant l'intervention, 13 mg,5/24 heures après elle.

La glycémie n'a pas été modifiée, puisqu'elle a été de 81 et 98 mg/100 cc avant la lobotomie, de 95 mg après l'intervention.

La glycémie provoquée par l'ingestion de 100 g de glucose s'est considérablement et anormalement élevée avant l'intervention avec courbe très anormale après injection de 25 mg d'ACTH. Deux mois après l'intervention, à un moment où la malade avait absorbé beaucoup de sucreries, la courbe de tolérance au glucose a été nor-

male. L'excrétion des oestrogènes dans l'urine a été de 99 mg par 24 heures deux mois après la lobotomie. Ces chiffres montrent que la fonction corticosurrénalienne et la réactivité du cortex ne sont pas altérées dans l'anorexie mentale. La lobotomie a ici entraîné une forte amélioration clinique, sans augmenter l'activité surrénocorticale.

Pour KLOTZ, l'anorexie, ou plus exactement la perte de l'appétit ne représente qu'un symptôme dans le syndrome qui nous occupe. C'est pourquoi cet auteur a proposé le terme d'abiorexie pour exprimer l'idée d'une perte du désir pour les diverses activités, telle qu'elle se produit chez les malades. Il s'agit généralement de jeunes filles ou de jeunes femmes, très introverties, refusant de participer à toute situation générale, évitant les sujets appartenant au sexe masculin, et se retirant de la société. Le début se situe pendant l'adolescence ou chez l'adulte jeune, à la suite d'un choc dans la vie psychique de la malade. Sur 15 cas, l'aménorrhée a été neuf fois le symptôme initial, persistant même après la reprise de l'alimentation et du poids. La cachexie, pour KLOTZ, est secondaire à l'anorexie et peut entraîner des troubles métaboliques, en particulier l'hyperazotémie, fréquemment observée (chez trois malades). De plus, la cachexie s'est compliquée dans un cas de KLOTZ d'une avitaminose du complexe B : chez une femme de 23 ans atteinte d'anorexie mentale, est apparue une stomatite au cours de la réalimentation, cédant facilement d'ailleurs à la vitaminothérapie B. Un autre cas s'est compliqué chez une femme de 29 ans présentant des vomissements incoercibles, d'hypokaliémie.

Pour KLOTZ, le traitement de l'anorexie mentale, ou abiorexie, reste l'isolement de la malade, l'alimentation forcée, gavage s'il le faut ; et la psychothérapie qui doit permettre de faire sentir à la malade la présence d'une volonté supérieure à la sienne.

Ce traitement est généralement efficace ; mais dans certains cas, il ne suffit pas à assurer et maintenir l'amélioration une fois la malade rentrée chez elle, où elle retrouve les mêmes problèmes que ceux qui ont provoqué la maladie. Chez ces malades, l'aménorrhée persiste, et des rechutes sont possibles, avec réapparition de la cachexie. Il faut alors réhospitaliser la malade. Pour qu'une guérison définitive soit obtenue, il faut compléter le traitement par une psychothérapie prolongée qui rétablit l'équilibre corticostéroïdien rompu.

°  
° °

Nous voyons donc que les théories pathogéniques émises à propos de l'anorexie mentale restent quelque peu contradictoires, puisque pour certains le déséquilibre endocrinien est primitif, alors que pour d'autres, il s'agit, comme le veut la conception classique, d'une perturbation psychique initiale. On comprend alors les divergences thérapeutiques, correction du déséquilibre endocrinien et de la cachexie primitifs pour les tenants de l'origine somatique de la maladie, psychothérapie réalisée avant tout par l'isolement et la persuasion pour les défenseurs de la théorie psychique pure. Les conceptions physiopathologiques actuelles incitent da-

vantage à concilier ces deux théories, et à admettre une interrelation étroite entre psychisme et troubles somatiques, puisque d'une part on ne saurait écarter l'un de l'autre le cortex et l'hypothalamus, d'autre part, l'hypothalamus, l'hypophyse et l'ensemble des endocrines.

Ce qu'il faut, c'est obtenir la rupture de ce cercle vicieux, dont l'origine n'est pas encore clairement établie, et par lequel la cachexie aggrave l'attitude psychique qui elle-même accentue la cachexie. Le fait que le signe le premier en date peut être l'aménorrhée montre bien que la conception exclusivement psychique, de même que le traitement psychothérapique exclusif, ne sauraient convenir sans discernement à ce complexe syndrome que reste l'anorexie mentale, malgré le grand nombre de travaux qui lui ont été récemment consacrés.

- V -

CONCLUSIONS

-:-

I.- L'anorexie mentale a connu, au cours du dernier demi-siècle, des évolutions profondes dans sa conception physiopathologique, et, corollairement, dans son traitement. Primitivement décrite par LASEGUE comme une affection purement psychiatrique, l'anorexie mentale est devenue, à la suite des travaux de DECOURT, une maladie endocrinienne, ou, plus exactement, psycho-endocrinienne. Les acquisitions récentes faites dans le domaine de l'hypothalamus et de l'hypophyse, l'abolition des frontières tranchées entre psychique et somatique, correspondent bien à cette évolution.

II.- Et cependant, cette dualité physiopathologique se retrouve encore dans les théories qui cherchent à expliquer la faim et l'appétit : localisation purement gastrique, siège central, cérébral, de la sensation de faim, acquisition par l'éducation et la création de réflexes conditionnés de la sensation d'appétit, autant de théories séduisantes, plausibles, fondées sur des bases expérimentales et cliniques de valeur, et qui, pourtant, ne s'excluent pas l'une l'autre.

III.- Le classique traitement de l'anorexie mentale, isolement, psychothérapie, est encore appliqué par beaucoup. D'autres font passer en premier la correction des troubles biochimiques et hormonaux constatés. L'emploi de chimiothérapiques qui augmentent l'appétit : isoniazide, ACTH et cortisone, donne des résultats. Enfin, dans les cas rebelles, on a été jusqu'à procéder à la lobotomie préfrontale partielle.

-:-

Vu :

Le Président :  
signé : PIEDELIEVRE

Vu :

Le Doyen :  
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris  
signé : JEAN SARRAILH

- VI -

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

-:-

M.D. ALTSCHULE

Adrenocortical function in anorexia  
nervosa before and after lobotomy  
New Engl. Journ. Med. CCXLVIII p.808  
7 mai 1953

P. BOULET, H. SERRE, A. VEDEL, J. MIROUZE,  
Melle C. BECHARD, A. PAGES

Hydropisie triventriculaire initiale,  
hypopituitarisme second au cours d'une  
anorexie mentale réversible  
Soc. Sc. Méd. Biol. Montp. 18 mai 1951

J. DECOURT

Sur les rapports de l'anorexie menta-  
le et de la cachexie dite hypophysaire  
Presse Méd. L p. 629-630 1942  
Progrès Méd. LXX p. 387-390 1942

J. DECOURT, J. MICHARD

L'aménorrhée des anorexies mentales.  
Etude de 32 observations  
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris LXVI  
p. 31-32 et 1608-1622 1950

J. DECOURT, M.F. JAYLE, G.H. LAVERGNE,  
J.P. MICHARD

L'aménorrhée des anorexies mentales.  
Notions cliniques. Etude biologique et

biochimique  
Annales d'endocrinologie XI p. 571-  
592 26 nov. 1950

J. DECOURT  
Nosologie de l'anorexie mentale  
(cachexie psycho-endocrinienne)  
Presse Méd. LIX p. 797-798 9 juin 1951

A. GALLINEK  
Syndrome of episodes of hypersomnia,  
bulimia and abnormal mental states  
Journ. Am. Med. Assoc. CLIV p. 1081-  
1083 27 mars 1954

R.B. GREENBLATT, W.E. BARFIELD, S.L. CLARK  
Use of A.C.T.H. in treatment of ano-  
rexia nervosa  
Georgia Med. Assoc. Journ. VII p.299  
juil. 1951

H.P. KLOTZ, P. LUMBROSO  
Remarques cliniques, pathogéniques et  
thérapeutiques sur l'anorexie mentale:  
la notion d'abiorexie  
Semaine des Hôp. Paris XXXI p. 440-  
445 2 fév. 1955

R. LAFON, P. BILLET  
Anorexie essentielle des jeunes filles  
et encéphalopathie atrophiante  
Soc. Méd. Psych. 26 juin 1950

M.D. PEREIRA, E.J. CONRAD, W. HICKS,  
R. ELMAN  
Therapeutic nutrition with tube fee-  
ding  
Journ. Am. Med. Assoc. CLVI p. 810-  
816 30 oct. 1954.

W.H. PERLOFF, E.M. LASCHE, J.H. NODINE,  
N.G. SCHNEEBERG, C.B. VIEILLARD  
The starvation state and functional  
hypopituitarism  
Journ. Am. Med. Assoc. CLV p. 1307-  
1313, 7 août 1954

P.H. ROSSIER, D. STAEBELIN, A. BUHELMAN,  
A. LABHART  
Alcalose et hypopotassémie dans  
l'anorexie mentale (alcalose de jeûne)  
Schweiz. Med. Woch. LXXXV p. 465-468  
14 mai 1955

J.A. ROUX  
L'emploi de l'Isoniazide dans certai-  
nes anorexies du nourrisson  
Réun. Lyon. Pédiatrie 13 juin 1954

J. WEILL, Mme J. BERNFELD, Ph. PAUMELLE,  
Melle JOSSLOW  
Traitement d'une anorexie mentale par  
l'isoniazide  
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 22  
juin 1953

TABLE DES MATIERES

-:-

|                                                              | Pages |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| I.- Introduction .....                                       | 13    |
| II.- Faim et appétit, boulimie<br>et anorexie .....          | 18    |
| III.- Le syndrome bioclinique de<br>l'anorexie mentale ..... | 25    |
| IV.- Thérapeutique .....                                     | 31    |
| V.- Conclusions .....                                        | 40    |
| VI.- Renseignements biblio-<br>graphiques .....              | 42    |

-:-

## SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

--:-



